Załącznik nr 2

(Imię i Nazwisko)

(Adres)

Wniosek

o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub osobą zależną

Na podstawie art. 61 ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2024 r., poz. 475) oraz zgodnie z zawartą dnia umową PZ.643 zwracam się z prośbą o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub osobą zależną * za miesiąc: r.

Koszt opieki za miesiąc r. wynosił

Refundacja kosztów opieki dotyczy:

ur.
ur.
ur.

Refundację kosztów proszę przekazać na nr konta:

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

*** niepotrzebne skreślić**